

(TDAH) se preguntan, en las conclusiones, si quizá se está diagnosticando en exceso y si, por tanto, se está sobremedicando a toda una generación. Esta duda, justificada y preocupante, merecería un debate. Otros autores de nuestro entorno y desde distintas áreas de la salud, en un número monográfico, plantean interesantes controversias en torno a la pertinencia del diagnóstico y el tratamiento del TDAH^{2,3}.

El diagnóstico del TDAH parte del modelo fisiopatológico (predominante en los EE.UU.) que postula que la falta de atención, la impulsividad y la hiperactividad constituyen una *enfermedad*. Ahora bien, la concepción del trastorno es radicalmente distinta si se considera según el modelo psicopatológico, que contempla el funcionamiento psíquico y neurofisiológico como un todo organizado (una estructura), en el que tanto una alteración orgánica como un conflicto psíquico provocan un reajuste general del cerebro para mantener en lo posible la unidad y la cohesión del organismo, su adaptación y su reproducción. Diversos autores²⁻⁴ destacan la importancia de los factores relacionales en la aparición del TDAH en la infancia, especialmente las alteraciones de la dinámica familiar, ya sea por enfermedad o ausencia de los padres, o por los cambios sociales y culturales que no ayudan a sostener el deseo de maternidad ni protegen la relación madre-bebé. Hoy día, muchos progenitores se encuentran inseguros con respecto a su papel en la crianza de los hijos y con frecuencia no consiguen sostener la vida emocional del bebé, dar calma y sentido a sus expresiones de malestar.

Y es que el TDAH puede pensarse como un *conjunto de manifestaciones sintomáticas de un conflicto interno del niño o de un déficit en la construcción del aparato psíquico*⁴ que, de estar bien constituido, permitiría contener y dirigir a buen fin la tensión interna, los impulsos y necesidades dirigidos a los otros. La conducta hiperactiva desorganizada, que surge tempranamente en la vida del niño, es señal de fallos en la estructuración del psiquismo; remite a vivencias que no

han podido ser integradas ya sea porque exceden las posibilidades mentales del niño en esa etapa, ya sea porque en realidad se trata de carencias, es decir, de la ausencia de ciertas experiencias necesarias para la organización del mundo de las emociones y del pensamiento. Sea cual fuere la estructura que produce un cuadro con hiperactividad y cualquiera que sea la forma que adopte esa hiperactividad en el niño (o en el adulto) es siempre reflejo de un trastorno del pensamiento como regulador de la vida instintiva y pulsional, de la capacidad del psiquismo para tramitar los impulsos de forma adecuada, evitando la descarga motriz. Y, sin duda, es en el contexto de la relación intensamente afectiva entre los padres y sus hijos pequeños donde se construye esa capacidad de pensamiento y de tramitación de las emociones, los impulsos y los deseos. El artículo¹ comentado propone para estos niños un abordaje farmacológico y educativo que busca el control y una buena adaptación del sujeto al medio, contando con las limitaciones que conlleva su enfermedad. Plantea, asimismo, que esas limitaciones acabarán provocando una baja autoestima. No obstante, en la base de la vida emocional de todos esos niños, ya existe previamente una baja autoestima (aunque parezcan provocadores y omnipotentes), fruto de un desencuentro con el medio afectivo en los primeros años de la vida. El control y la adaptación pueden, a corto plazo, suavizar los síntomas más perturbadores para la vida del niño y de sus familias, pero una terapia a medio plazo, que aborde los conflictos emocionales subyacentes y tienda a la construcción de capacidades psíquicas para la tramitación de los impulsos y deseos, permitiría al niño un mejor desarrollo intelectual y emocional, en tanto que el grupo familiar podría descubrir vías de comunicación que favoreciesen unas relaciones inter-subjetivas más saludables.

Maria León-Sanromà

EAP La Gavarra. Institut Català de la Salut.
SAP Baix Llobregat Centre. Unidad
Docente de Medicina de Familia y
Comunitaria Costa de Ponent. Cornellà de
Llobregat. Barcelona. España.

- Manzano J. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). *Psicopatol Salud Ment*. 2007;M2:7-8.
- Tizón JL. El «niño hiperactivo» como síntoma de una situación profesional y social: ¿Mito, realidad, medicalización? *Psicopatol Salud Ment*. 2007;2:23-30.
- Sammartino ME. La hiperactividad infantil como un signo de los tiempos. *Intercambios-Papeles de Psicoanálisis*. 2007; 19:53-61.

Si evolucionan los medios, ¿por qué no se evoluciona con las recetas?

Sr. Director: Las nuevas tecnologías, que tantas ventajas suponen, invariablemente tienen sus «efectos secundarios». En el día a día de la consulta de atención primaria hay un movimiento nocivo para nuestras espaldas que no paramos de repetir: piernas orientadas hacia el paciente y giro del tronco para coger las recetas y ponerlas en la impresora. Este movimiento se ve multiplicado por las veces que cambiamos las recetas, ya sean pacientes activos o pensionistas, por no decir las veces que se atasca la impresora. Que todas las recetas tuvieran el mismo color supondría múltiples beneficios:

- Ahorro de dinero: se escogería el color más económico para cumplimentar las recetas.
- Mejoría de la ergonomía del personal que hace las recetas al disminuir los movimientos repetitivos y esforzados en la consulta.
- Disminución de las confusiones con la consiguiente pérdida de papel y de tiempo.
- Podría plantearse, incluso, el «punto ecologista»: ¿usar papel reciclable? Porque, al final, ¿dónde acaban todas las recetas?

Para diferenciar las distintas recetas, en la era de los ordenadores y de las impresoras, sería tan sencillo como que la impresora pusiera unas siglas PNT o ACT u otras categorías en un extremo de la receta para distinguirlas (mejor poner 3 letras y en lugares distintos, por ejemplo, en la parte superior para los

Palabras clave: Atención primaria.
Salud mental. Relación.

- García Campayo J, Santed MA, Cerdán C, Alda M. Tratamiento del trastorno por déficit de atención. *Aten Primaria*. 2007; 39:671-4.

Palabras clave: Recetas. Ergonomía.
Ahorro.

TABLA 1**Reacciones adversas cutáneas asociadas con salbutamol y reacciones adversas respiratorias asociadas con salmeterol**

Reacción adversa (n)	Salbutamol			Salmeterol				
	Erupción eritematosa (9)	Prurito (7)	Erupción cutánea (5)	Tos (6)	Disnea (6)	Faringitis (4)	Broncospasmo (6)	Broncospasmo, empeoramiento (3)
Edad, mediana (rango)	66 (29-77)	29 (0,6-77)	5 (1-74)	57 (4-77)	65 (40-91)	59 (40-82)	40 (10-51)	24 (16-31)
Sexo, n (%)								
Mujer	5 (55,6)	4 (57,1)	3 (60)	2 (33,3)	2 (33,3)	1 (25)	5 (83,3)	1 (33,3)
Varón	4 (44,4)	3 (42,9)	2 (40)	4 (66,7)	4 (66,7)	3 (75)	1 (16,7)	2 (66,7)
Gravedad, n (%)								
No grave	8 (88,9)	7 (100)	5 (100)	6 (100)	5 (83,3)	4 (100)	3 (50)	1 (33,3)
Grave	1 (11,1)	—	—	—	1 (16,7)	—	3 (50)	2 (66,7)
Desenlace, n (%)								
Recuperado	9 (100)	5 (71,4)	4 (80)	5 (83,3)	5 (83,3)	4 (100)	4 (66,7)	3 (100)
Aún no recuperado	—	1 (14,3)	—	—	—	—	1 (16,7)	—
Desconocido	—	1 (14,3)	1 (20)	1 (16,7)	1 (16,7)	—	1 (16,7)	—
Período de latencia, días, media \pm EEM (n)	4,5 \pm 2,2 (6)	3,6 \pm 1,3 (7)	2 \pm 0,5 (5)	1 \pm 0 (5)	1,3 \pm 0,3 (6)	1 \pm 0 (3)	15 \pm 9,0 (4)	11 \pm 10 (2)
Período de recuperación, días, media \pm EEM (n)	4 \pm 1,6 (4)	2 \pm 0 (3)	1,5 \pm 0,5 (4)	1 \pm 0 (4)	1 \pm 0 (3)	9 \pm 8 (4)	1 \pm 0 (3)	4,3 \pm 3,8 (3)

EEM: error estándar de la media.

pensionistas y en la parte inferior para los pacientes activos, para evitar equivocaciones en la farmacia). Otra posibilidad sería que las recetas salieran con las categorías impresas (pensionista/activo/otras) y se tacharía el grupo al que pertenece el paciente. Debe recordarse que dicho sistema también sería válido si fallan los adelantos tecnológicos y acaba recurriéndose al papel y al bolígrafo. Si evolucionan los medios, ¿por qué no se evoluciona con las recetas?

Santiago Machín Hamalainen^a
y **María Ángeles Gómez Medina^b**

^aCentro de Salud General Ricardos. Área 11 de Madrid. Madrid. España.

^bCentro de Salud Guayaba. Área 11 de Madrid. Madrid. España.

Seguridad de los agonistas beta-2-adrenérgicos inhalados: ¿qué aporta la notificación espontánea?

Sr. Director: El objetivo de este estudio fue analizar la seguridad de los agonistas beta-2-adrenérgicos inhalados en las condicio-

nes habituales de uso. Se estudiaron las notificaciones de sospecha de reacción adversa asociadas con el tratamiento administrado por vía inhalatoria, con agonistas beta-2-adrenérgicos formulados como monofármacos. Se utilizó la base de datos del Sistema Español de Farmacovigilancia, desde su inicio (01-10-1982) hasta el 10-10-2004. A partir de las notificaciones espontáneas de reacciones adversas, se analizaron la distribución de las reacciones por órganos y sistemas, así como la edad, el sexo, la gravedad, el desenlace y los períodos de latencia y recuperación de las reacciones.

Se obtuvieron 289 notificaciones, 99 asociadas con salbutamol, 68 con terbutalina, 64 con salmeterol, 54 con formoterol, 3 con fenoterol y 1 con procaterol. Los órganos y sistemas afectados con más frecuencia fueron el sistema nervioso central y periférico, la piel y anejos, los trastornos cardiovasculares y las alteraciones psiquiátricas, siendo el temblor, el prurito, la taquicardia y el nerviosismo las reacciones adversas más frecuentes. En la comparación de la distribución por órganos y sistemas se observó una frecuencia mayor de los trastornos de la piel y anejos (*odds ratio* [OR], intervalo de confianza [IC] del 95%, 1,8 [1,1-2,9]) para salbutamol, y de alteraciones respiratorias para salmeterol (OR, IC del 95%, 3,0 [1,7-5,3]) (tabla 1). No se observaron diferencias con la distribución glo-

bal para terbutalina, fenoterol y formoterol. En nuestra opinión, las diferencias en el número de notificaciones entre agonistas beta-2-adrenérgicos se basan, muy probablemente, en los distintos consumos de los principios activos¹. Previamente, diversos autores^{2,3} han publicado casos de erupciones cutáneas asociadas con salbutamol, y la administración de salmeterol se ha relacionado con la aparición de exacerbaciones del asma bronquial y obstrucción respiratoria⁴. El estudio SMART (Salmeterol Multicenter Asthma Research Trial) se detuvo debido a que los datos iniciales sugerían que el uso de salmeterol se asociaba con un aumento de la gravedad de los episodios de asma⁵. Nuestros resultados sugieren la existencia de un patrón común de reacciones adversas para los agonistas beta-2-adrenérgicos, con algunas diferencias entre salbutamol y salmeterol.

Francisco José Jimeno Demuth,
Gloria Manso Rodríguez,
Verónica González Iglesias
y **Ester Salgueiro Vázquez**

Centro de Farmacovigilancia de Asturias.
Facultad de Medicina. Universidad de Oviedo. Oviedo. España.

Palabras clave: Agonistas beta-2-adrenérgicos. Reacciones adversas. Notificación espontánea.

1. Clark RC, Maxwell SR, Kerr S, Cuthbert M, Buchanan D, Steinke D, et al. The influence of primary care prescribing rates for new drugs on spontaneous reporting